



ThemenCheck Medizin

Angst- und Panikstörung

Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"?

THEMENCHECK-BERICHTSPROTOKOLL



Projekt: T25-01 Version: 1.0 Stand: 04.11.2025

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Angst- und Panikstörung: Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"?

Projektnummer

T25-01

Beginn der Bearbeitung

02.09.2025

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: themencheck@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

Schlagwörter

Emotional Freedom Technique, Angststörungen, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht, Technikfolgen-Abschätzung – Biomedizinische

Keywords

Emotional Freedom Technique, Anxiety Disorders, Benefit Assessment, Systematic Review, Technology Assessment – Biomedical

Autorinnen und Autoren

- Thomas Semlitsch, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Marion Danner, DARUM. wissen. einfach. vermitteln. Marion Danner und Anne Rummer GbR, Köln, Deutschland
- Anne Rummer, DARUM. wissen. einfach. vermitteln. Marion Danner und Anne Rummer GbR, Köln, Deutschland
- Cornelia Krenn, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Denise Wilfling, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich
- Klaus Jeitler, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

Wissenschaftliche Beraterinnen und Berater

- Jolana Wagner-Skacel, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
1 Hintergrund	10
1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag.....	10
1.2 Medizinischer Hintergrund.....	10
1.2.1 Angststörungen	10
1.2.2 Emotional Freedom Technique (EFT)	12
1.3 Versorgungssituation	13
1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden	14
2 Fragestellungen	15
3 Projektverlauf.....	16
4 Methoden.....	17
4.1 Nutzenbewertung.....	17
4.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien.....	17
4.1.1.1 Population	17
4.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention.....	17
4.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte	18
4.1.1.4 Studientypen.....	18
4.1.1.5 Studiendauer.....	19
4.1.1.6 Publikationssprache	19
4.1.1.7 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss	19
4.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen	19
4.1.2 Informationsbeschaffung	20
4.1.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten...	20
4.1.2.2 Umfassende Informationsbeschaffung von Studien	20
4.1.2.3 Anwendung von Limitierungen auf Datenbankebene.....	21
4.1.2.4 Selektion relevanter Studien aus der umfassenden Informationsbeschaffung.....	22
4.1.3 Informationsbewertung und -synthese.....	22
4.1.3.1 Darstellung der Einzelstudien	22
4.1.3.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse	23

4.1.3.3	Metaanalysen.....	24
4.1.3.4	Sensitivitätsanalysen.....	25
4.1.3.5	Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren	25
4.1.3.6	Aussagen zur Beleglage.....	26
4.2	Gesundheitsökonomische Bewertung	27
4.2.1	Interventionskosten.....	27
4.2.2	Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen.....	27
4.2.2.1	Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht..	27
4.2.2.1.1	Studenttypen	27
4.2.2.1.2	Publikationssprache	27
4.2.2.1.3	Gesundheitssystem bzw. geografischer Bezug	28
4.2.2.1.4	Tabellarische Darstellung der Kriterien.....	28
4.2.2.2	Fokussierte Informationsbeschaffung	28
4.2.2.2.1	Selektion relevanter Publikationen.....	29
4.2.2.3	Informationsbewertung.....	29
4.2.2.4	Informationsanalyse und -synthese.....	29
4.3	Ethische Aspekte.....	29
4.3.1	Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen.....	29
4.3.2	Informationsbeschaffung	30
4.3.3	Informationsaufbereitung	31
4.4	Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte.....	31
4.4.1	Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen.....	31
4.4.2	Informationsbeschaffung	31
4.4.3	Informationsaufbereitung	32
4.5	Domänenübergreifende Zusammenführung.....	33
5	Literatur.....	34
Anhang A	Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken (Suche nach systematischen Übersichten)	39
A.1	MEDLINE.....	39
A.2	International HTA Database	39

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung.....	19
Tabelle 2: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit	26
Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung.....	28

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
APA	American Psychological Association
BELLA	BEfragung zum seeLischen WohLBefinden und VerhAlten
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DRG	Diagnosis-Related-Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFT	Emotional Freedom Technique
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie
EN	Einschlusskriterien Nutzenbewertung
Ö	Einschlusskriterien ökonomische Bewertung
EUnetHTA	European network for Health Technology Assessment
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IFA	Informationsstelle für Arzneispezialitäten
ITT	Intention to Treat
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MET	Meridian-Energie-Technik
NARI	Noradrenalin-Rückaufnahme-Hemmer
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	Standardized Mean Difference (standardisierte Mittelwertdifferenz)
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Abkürzung	Bedeutung
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SÜ	Systematische Übersicht
TCM	Traditionellen Chinesischen Medizin
TFT	Thought Field Therapy
TZA	Trizyklische Antidepressiva

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag

Der § 139b Absatz 5 des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sieht vor, dass Versicherte und interessierte Einzelpersonen beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Themen für die wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen können. Die Vorschläge für diese ThemenCheck-Berichte können auf der Website des IQWiG eingereicht werden.

Ziel des ThemenCheck Medizin ist es, die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der evidenzbasierten Medizin zu fördern und Antworten auf Fragestellungen zu finden, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind.

1-mal pro Jahr wählt das IQWiG unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Bürgerinnen und Bürgern bis zu 5 Themen für die Erstellung von ThemenCheck-Berichten aus. Mit der Bearbeitung der Fragestellung werden vom IQWiG regelmäßig externe Sachverständige beauftragt. Die durch die externen Sachverständigen erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit einem Herausgeberkommentar des IQWiG veröffentlicht.

Die ThemenCheck-Berichte leitet das IQWiG an Institutionen in Deutschland weiter, die z. B. über die Leistungen und die Struktur des Gesundheitswesens entscheiden. Der Fachöffentlichkeit wird der ThemenCheck-Bericht über die Website des IQWiG (www.iqwig.de) zur Verfügung gestellt. Ebenso wird eine allgemein verständliche Darstellung der Ergebnisse mit dem Titel „ThemenCheck kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt“ veröffentlicht.

1.2 Medizinischer Hintergrund

1.2.1 Angststörungen

Angst bezeichnet eine normale, gesunde Reaktion, die Menschen in Gefahrensituationen schützt und sie zur Wachsamkeit sowie zum Handeln motiviert. Charakteristisch ist, dass Angst meist mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Kurzatmigkeit oder Unruhe einhergeht. Kommt es zu übertriebenen, unangemessenen oder grundlosen Angstreaktionen, spricht man von einer pathologischen Angst oder Angststörung [1]. Gemäß dem ICD-10 Klassifikationssystem werden Angststörungen in phobische Störungen (ICD-10 F40) und andere Angststörungen (ICD-10 F41) eingeteilt [2]. Analog dazu sind Angst- und Panikstörungen im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) der American Psychiatric Association in der Kategorie Anxiety Disorders erfasst. Dies umfasst die Kategorien nicht näher bezeichnete Angststörung (300.00), Panikstörungen

(300.01), generalisierte Angststörungen (300.02), andere näher bezeichnete Angststörungen (300.09), Agoraphobie (300.22), soziale Angststörung (300.23), spezifische Phobie (300.29), Trennungsangststörung (309.21), und selektiver Mutismus (313.23) [3]. Bei phobischen Störungen wird die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen. Dazu zählen die Agoraphobie (Angst vor Situationen oder Orten), soziale Phobien (Angst von anderen Menschen als merkwürdig, peinlich oder lächerlich empfunden zu werden) oder spezifische Phobien (z. B. Angst vor Höhe, bestimmten Berufsgruppen oder bestimmten Tieren) [4]. Die Gruppe der anderen Angststörungen wiederum umfasst Ängste ohne spezifischen Auslöser. Dazu gehören unter anderem die Panikstörung sowie die generalisierte Angststörung [5]. Darüber hinaus können Angst und Panik auch durch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) begründet sein. Zu diesen Störungen zählen die akute Belastungsreaktion (kurzzeitige Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung), die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß) (ICD-10 F43.1, DSM-V 309.81) oder Anpassungsstörungen (psychische Reaktion nach belastenden Lebensereignissen oder einer einschneidenden Lebensveränderung) [6].

Generell zählen Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit [7]. In der Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2013 (DEGS1-MH) gaben 15,4 % der erwachsenen Personen an, unter Angststörungen zu leiden. Dabei waren Frauen mit 21,8 % mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer (9,3 %) [8,9]. Eine posttraumatische Belastungsstörung lag 2013 bei insgesamt 2,3 % der Erwachsenen Personen in Deutschland vor (3,6 % bei Frauen und 0,9 % bei Männern) [8,9]. Die administrative Prävalenz einer Angststörung (d. h. die dokumentierte Diagnose in der ambulanten Versorgung) lag im Jahr 2013 in Deutschland bei 6,0 % in der erwachsenen Bevölkerung. Im Jahr 2023 stieg diese auf 7,9 % an [10]. Darüber hinaus gaben 2023 im bundesweiten Befragungssurvey GEDA 13,1 % der erwachsenen Personen an, dass sie unter einer auffälligen Belastung durch Angstsymptome leiden. Auch hier sind Frauen mit 15,0 % häufiger betroffen als Männer (11,0 %). Zudem zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient, wobei Personen der niedrigen Bildungsgruppe mit 16,6 % doppelt so häufig von Angstsymptomen betroffen sind wie Personen der hohen Bildungsgruppe (8,2 %) [11].

Auch bei Kindern und Jugendlichen stellen Angststörungen mit etwa 10 % die häufigsten psychischen Störungen dar [12]. Dabei treten spezifische Phobien und Störungen mit Trennungsangst ab dem 7. Lebensjahr, generalisierte Angststörungen ab dem Alter von 10 – 12 Jahren und soziale Phobien ab dem 13. Lebensjahr auf. Panikstörungen und Agoraphobie finden sich bei Kindern und Jugendlichen eher nicht [12]. Auch für Deutschland wurden in der BELLA Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)

bei rund 10 % der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten in Form von Ängsten festgestellt. Kinder zwischen 11 und 13 Jahren waren dabei am häufigsten betroffen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied wie bei Erwachsenen konnte nicht festgestellt werden [13].

Gemäß Leitlinien werden zur Behandlung von Angststörungen in erster Linie eine Psychotherapie sowie medikamentöse Therapien empfohlen. Im Rahmen der Psychotherapie liegt dabei für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die beste Evidenz für eine Wirksamkeit vor [1]. Die KVT umfasst eine Reihe von Techniken, darunter die Vermittlung von Informationen, die Konfrontation mit angstauslösenden Gedanken und Situationen ("Exposition"), die kognitive Umstrukturierung sowie ein Entspannungstraining. Für Personen mit spezifischen Phobien wird vor allem die Expositionsbehandlung als therapeutische Methode empfohlen. Neben der verhaltenstherapeutischen Intervention finden auch psychodynamische Therapieansätze (tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse) Anwendung in der Behandlung von Angststörungen. Ihr Einsatz erfolgt insbesondere bei komorbidem oder komplexen Fällen [1,14].

Im Rahmen der medikamentösen Behandlung von generalisierten Angststörungen, Panikstörungen und Agoraphobie sowie sozialen Phobien nehmen Antidepressiva, insbesondere selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs), eine zentrale Stellung ein. Bei Bedarf können trizyklische Antidepressiva (TZAs), Noradrenalin-Rückaufnahme-Hemmer (NARIs), Mirtazapin oder andere Wirkstoffe wie Buspiron, Pregabalin und Betablocker eingesetzt werden. Benzodiazepine erweisen sich als effektiv für die Akuttherapie, jedoch wird aufgrund des bestehenden Abhängigkeitsrisikos von einer Empfehlung für die Langzeitbehandlung abgeraten. Bei spezifischen Phobien werden keine medikamentösen Therapien empfohlen [1,14]. In Ergänzung zur primären therapeutischen Intervention können Entspannungsverfahren, Psychoedukation (Informationen und Bewältigungstraining) sowie Modifikationen im Lebensstil die Angstsymptome zusätzlich lindern [1].

Bei PTBS wird in Leitlinien in erster Linie die traumafokussierte Psychotherapie empfohlen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der aktiven Aufarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung, sowie der Einordnung in die eigene Lebensgeschichte [15]. Unterstützend kann eine KVT erfolgen um negative Gedanken zu relativieren und Erinnerungsreaktionen zu desensibilisieren. Eine medikamentöse Therapie wird bei PTBS nicht empfohlen [15].

1.2.2 Emotional Freedom Technique (EFT)

EFT, auch Tapping oder Klopfakupressur benannt, ist eine Methode aus der energetischen Psychologie, die darauf abzielt, Ängste, negative Emotionen, Stress, belastende Gefühle,

körperliche Schmerzen oder Traumafolgen abzubauen oder zu lindern. EFT wurde in den 1990er Jahren von Gary Craig entwickelt und kombiniert dabei Elemente der KVT, der Expositionsbehandlung und der Akupressur [16,17]. Sie beruht auf dem Konzept, dass negative Emotionen und körperliche Beschwerden mit Störungen oder Blockaden im körpereigenen Energiesystem – den sogenannten Meridianen – zusammenhängen, wie sie in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) beschrieben werden. Durch sanftes Klopfen mit den Fingerspitzen auf spezielle Akupressurpunkte in Kombination mit dem Fokussieren auf belastende Gedanken oder Gefühle sollen die Blockaden gelöst und der Energiefluss in den Meridianen des Körpers wieder hergestellt werden. Während der Anwendung richtet man sich innerlich auf ein konkretes Problem, ein Gefühl oder eine Situation aus [17,18].

Im Rahmen der EFT werden zunächst die bestehenden negativen Gefühle oder Ängste gezielt benannt, spezifiziert und ihre Intensität eingeschätzt. Im weiteren Verlauf wird ein spezifischer Leitsatz formuliert, wobei die Akzeptanz des bestehenden Problems im Zentrum steht und gleichzeitig die Selbstakzeptanz bekräftigt wird. Danach wird, beginnend mit dem Handkanten-Punkt, auf acht bestimmte Akupressurpunkte im Gesicht und am Oberkörper in einer vorgegebenen Folge geklopfpt. Es wird empfohlen, die Punkte mit 7 bis 10 Wiederholungen mit sanftem Fingerdruck zu stimulieren. Während der Stimulation jedes Punktes soll der Leitsatz laut oder im Gedanken wiederholt und dadurch auf das Problem fokussiert werden [18]. Die EFT kann dabei im Rahmen einer Psychotherapie oder nach entsprechender Schulung auch von Betroffenen selbst angewendet werden [16].

Es gibt zahlreiche Berufsverbände oder auch Einzelpersonen, die Schulungen und Zertifizierungen für Leistungserbringer im Bereich EFT anbieten. Allerdings existiert keine zentrale Organisation, die EFT definiert und dessen geistiges Eigentum kontrolliert, wie dies z. B. bei der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie (EMDR) oder der sensomotorischen Psychotherapie der Fall ist [19].

Mit dem Ziel, eine formale Definition von EFT zu etablieren, wurde eine standardisierte Vorgehensweise zur Anwendung der EFT von Church in einem Manual beschrieben [18], auch „clinical EFT“ genannt. Diese wurde 2013 in einem Konsensuspapier seitens der American Psychological Association (APA) als evidenzbasierte Methode anerkannt, da sie die Kriterien der APA Division 12 Task Force für eine wirksame oder wahrscheinlich wirksame Behandlung bei einer Reihe von Erkrankungen wie Angststörungen, Depression, PTBS oder Phobien erfüllt [19-21].

1.3 Versorgungssituation

In Deutschland ist EFT bzw. Klopf-Akupressur unter verschiedenen weiteren Namen wie „Meridian Klopf Techniken“ oder „Meridian Energie Therapien“ bekannt und wird in Praxen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie in speziellen Coaching- und

Therapieangeboten genutzt [22]. In Seminaren durchgeführt von zertifizierten Trainerinnen und Trainern können Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, psychologische Beraterinnen und Berater, Coaches und andere an dem Thema interessierten Berufsgruppen erlernen, wie sie EFT in ihrem beruflichen Alltag einsetzen können [23]. Die EFT ist in Deutschland keine anerkannte psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Psychotherapierichtlinie des G-BA [24], sondern gilt als alternative, ergänzende Technik. Sie darf ohne gültige Heilkundeberechtigung nicht als Therapie angewendet werden und unterliegt daher den Regeln für Heilpraktiker und Angehörige der Heilberufe. Als Selbsthilfe-Technik unterliegt die EFT wiederum keiner gesetzlichen Regelung. Die Technik kann grundsätzlich auch in Einführungskursen, Videos und Büchern von Interessierten zur Selbstanwendung erlernt werden. Es wird empfohlen, sich für eine Anwendung und die Lösung von tiefliegenden Problemen von qualifizierten EFT-Therapeutinnen oder Therapeuten unterstützen zu lassen [16,20]. EFT-Selbsthilfe sollte keinen Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung darstellen [16].

1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden

Der Themenvorschlagende fragt nach der Wirksamkeit der „Emotional Freedom Technique“ („Klopf-Akupressur“) bei Angst- und Panikstörungen. Er habe die Hoffnung, dass es sich um eine einfach anwendbare Methode handeln könnte, mit der Betroffene sich in ihrem Alltag bspw. aus Panikattacken befreien können.

2 Fragestellungen

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit der EFT im Vergleich zu keiner Behandlung, einer Scheinbehandlung, einer pharmakologischen Therapie oder anerkannten und nachweislich wirksamen nicht medikamentösen Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung bei Personen jeglichen Alters mit Angst- oder Panikstörungen,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten) und die Bewertung der Kosteneffektivität sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der Intervention verbunden sind.

3 Projektverlauf

Aus den im Vorschlagszeitraum von August 2023 bis Juli 2024 beim ThemenCheck Medizin eingereichten Themenvorschlägen wurde vom IQWiG unter Beteiligung eines mit Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern besetzten Auswahlbeirats das Thema Angst und Panikstörung: Profitieren Betroffene von der "Emotional Freedom Technique"? für die Erstellung eines ThemenCheck-Berichts ausgewählt.

Die Erstellung des ThemenCheck-Berichts gliedert sich in die folgenden Schritte:

Das IQWiG beauftragt externe Sachverständige mit der Erstellung eines ThemenCheck-Berichts zur Fragestellung. Dafür erstellen diese zunächst das vorliegende Berichtsprotokoll.

Um im Rahmen der Projektbearbeitung einen Eindruck zu gewinnen, wie Patientinnen und Patienten (oder ihre Angehörigen) die Erkrankung erleben, welche Therapieerfahrungen sie gemacht haben oder welche Wünsche aber auch Sorgen sie mit einer Behandlung verbinden, werden von den externen Sachverständigen Betroffene eingebunden.

Auf Basis des vorliegenden Berichtsprotokolls erstellen die externen Sachverständigen unter Anwendung der Methodik des IQWiG einen vorläufigen ThemenCheck-Bericht. Vor der Veröffentlichung wird ein Review des vorläufigen Berichts durch eine nicht projektbeteiligte Person durchgeführt. Der vorläufige Bericht wird zur Anhörung gestellt.

Im Anschluss an die Anhörung erstellen die externen Sachverständigen den ThemenCheck-Bericht. Dieser wird vom IQWiG durch einen Herausgeberkommentar ergänzt.

Der abschließende ThemenCheck-Bericht mit dem Herausgeberkommentar sowie eine allgemein verständliche Version (ThemenCheck kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt), werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt und 2 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht. An gleicher Stelle wird auch die Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen Bericht veröffentlicht.

4 Methoden

Dieser ThemenCheck-Bericht wird auf Grundlage der Allgemeinen Methoden 7.0 [25] erstellt.

4.1 Nutzenbewertung

4.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

4.1.1.1 Population

In den ThemenCheck-Bericht werden Studien mit Personen jeglichen Alters und Geschlechts aufgenommen, die an Angst- und Panikstörungen nach DSM oder ICD (z. B. Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und generalisierte Angststörung) leiden.

Nicht berücksichtigt werden Personen mit Substanz- bzw. medikamenteninduzierten Angststörungen sowie Angstzuständen aufgrund einer anderen Erkrankung.

4.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfende Intervention stellt die Behandlung mit der „Emotional Freedom Technique (EFT)“ dar. Dies inkludiert die klassische EFT sowie abgewandelte oder verwandte Techniken wie z. B. die Meridian-Energie-Technik (MET) oder die Thought Field Therapy (TFT). Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist dabei das Klopfen („Tapping“) auf definierte Akupressurpunkte.

Berücksichtigt werden dabei sowohl von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Heilpraktikerinnen / Heilpraktiker, Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten) eingesetzte als auch nach entsprechender Schulung von den Betroffenen selbst angewandte Formen der EFT.

Nicht berücksichtigt wird die „Optimal EFT“, bei der keine körperliche Stimulation durch Klopfen erfolgt, sondern eine Aktivierung von körpereigenen Kräften durch eine innere, geistige Öffnung geschehen soll.

Das Ziel der Behandlung ist die Linderung von Angst und Panikstörungen. Studien zu EFT mit anderen therapeutischen Zielen, z. B. Schmerzreduktion etc., werden nicht berücksichtigt.

Berücksichtigt werden Studien mit EFT als alleinige Intervention oder ergänzend zu einer anderen Behandlung der Angst und Panikstörung. Sollte es sich bei einer untersuchten Intervention um eine Kombinationsbehandlung aus EFT und einer weiteren Behandlung der Angst und Panikstörung handeln (z. B. EFT + KVT, EFT + pharmakologische Therapie), so muss diese zusätzliche Maßnahme auch Teil der Vergleichsbehandlung sein.

Als Vergleichsinterventionen gelten keine entsprechende Behandlung bzw. „Watchful Waiting“ sowie eine Scheinbehandlung.

Darüber hinaus werden auch aktive Vergleichsinterventionen, wie andere anerkannte und nachweislich wirksame nicht medikamentöse Verfahren zur Behandlung der Angst- und Panikstörung (z. B. psychotherapeutische Verfahren wie KVT oder Expositionsbehandlung) und / oder pharmakologische Behandlung der Angst und Panikstörung (z. B. Antidepressiva, Benzodiazepine) berücksichtigt. Grundlage für die Bewertung von Arzneimitteln ist i. d. R. die in Deutschland bestehende Zulassung. Es wird daher geprüft, ob die Anwendung der in den Studien eingesetzten Prüf- und Vergleichsinterventionen im Rahmen des für Deutschland gültigen Zulassungsstatus erfolgt.

4.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Morbidität, wie
 - Angstsymptomatik
 - begleitende psychosomatische Beschwerden
 - depressive Symptomatik
 - Wiederauftreten der angstspezifischen Symptomatik
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- allgemeines und soziales Funktionsniveau
- unerwünschte Ereignisse

Subjektive Endpunkte, zum Beispiel gesundheitsbezogene Lebensqualität werden nur dann berücksichtigt, wenn sie mit validen Messinstrumenten, zum Beispiel validierten Skalen, erfasst wurden.

Ergänzend werden eine Medikamentenreduktion, die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung oder die berufliche und soziale Teilhabe betrachtet. Die Zufriedenheit wird nur herangezogen, sofern hierbei gesundheitsbezogene Aspekte abgebildet werden. Eine Nutzenaussage kann sich allein auf Basis dieser Endpunkte jedoch nicht ergeben.

4.1.1.4 Studientypen

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention.

Für alle in Abschnitt 4.1.1.2 genannten Interventionen und alle in Abschnitt 4.1.1.3 genannten Endpunkte ist eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden ThemenCheck-Bericht werden daher RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

4.1.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer besteht keine Einschränkung.

4.1.1.6 Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

4.1.1.7 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle 1 sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen müssen, um in die Nutzenbewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung

Einschlusskriterien	
EN1	Personen jeden Alters mit Angst- oder Panikstörungen (siehe auch Abschnitt 4.1.1.1)
EN2	Prüfintervention: Behandlung mit Emotional Freedom Technique (EFT) (siehe auch Abschnitt 4.1.1.2)
EN3	Vergleichsintervention: keine Behandlung, Scheinbehandlung, medikamentöse sowie nicht medikamentöse Behandlung von Angst- und Panikstörungen (siehe auch Abschnitt 4.1.1.2)
EN4	patientenrelevante Endpunkte wie in Abschnitt 4.1.1.3 formuliert
EN5	RCTs (siehe auch Abschnitt 4.1.1.4)
EN6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EN7	Vollpublikation verfügbar ^a

a. Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [26], oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT [27] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zu Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind.

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; EN: Einschlusskriterien Nutzenbewertung; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

4.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für die Einschlusskriterien EN1 (Population), EN2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und EN3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) reicht es aus, wenn bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Personen diese Kriterien erfüllt sind. Liegen für solche Studien Subgruppenanalysen für Personen vor, die die Einschlusskriterien erfüllen, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien EN1, EN2 und EN3 bei weniger als 80 % erfüllt sind,

werden nur dann eingeschlossen, wenn Subgruppenanalysen für Personen vorliegen, die die Einschlusskriterien erfüllen.

4.1.2 Informationsbeschaffung

4.1.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Parallel zur Erstellung des ThemenCheck-Berichtsprotokolls erfolgte eine Recherche nach systematischen Übersichten in MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), der International Health Technology Assessment (HTA) Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Die Suche fand am 10.09.2025 statt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Anhang A. Die Selektion erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Es wird geprüft, ob mindestens eine hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kommt, deren Informationsbeschaffung als Grundlage verwendet werden kann (im Folgenden: Basis-SÜ). Dafür erfolgt eine Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersicht(en) mit den entsprechenden Items aus A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2 (AMSTAR 2) [28]. Kann mindestens eine diesbezüglich hochwertige und aktuelle Basis-SÜ identifiziert werden, werden die zugrunde liegenden Studien bzw. Dokumente von 1 Person auf ihre Relevanz für die vorliegende Bewertung geprüft und das Ergebnis von einer 2. Person überprüft. Bewertungen der eingeschlossenen Studien oder die Datenextraktion werden nicht übernommen.

Die finale Entscheidung, ob und wenn ja welche systematische(n) Übersicht(en) als Basis-SÜ herangezogen werden, erfolgt nach Fertigstellung des ThemenCheck-Berichtsprotokolls anhand der darin festgelegten Kriterien entsprechend Tabelle 1. In jedem Fall werden die Referenzlisten der identifizierten systematischen Übersichten hinsichtlich relevanter Primärstudien gesichtet (siehe Abschnitt 4.1.2.2).

4.1.2.2 Umfassende Informationsbeschaffung von Studien

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Studien bzw. Dokumenten durchgeführt.

Für den Fall, dass mindestens eine systematische Übersicht als Basis-SÜ für die Informationsbeschaffung verwendet werden kann (siehe Abschnitt 4.1.2.1), wird diese für die Informationsbeschaffung von Studien für den von der Übersicht abgedeckten Zeitraum herangezogen. Dieser Teil der Informationsbeschaffung wird ergänzt um eine systematische

Recherche nach relevanten Studien bzw. Dokumenten für den nicht von der Übersicht abgedeckten Zeitraum.

Für den Fall, dass keine Basis-SÜ identifiziert werden kann, findet eine systematische Recherche für den gesamten relevanten Zeitraum statt.

Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- Bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE
 - Embase
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
 - EFT Research Database
 - Lens.org
- Studienregister
 - U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov
 - World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Aufgrund der separaten Suchen in ClinicalTrials.gov und im EU Clinical Trials Registry, werden aus dem Suchergebnis des International Clinical Trials Registry Platform Search Portal Einträge dieser beiden Register entfernt.

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken:
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen ThemenCheck-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen

4.1.2.3 Anwendung von Limitierungen auf Datenbankebene

Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Die Suchen wurden auf kein Publikationsdatum eingeschränkt. Die MEDLINE Suchstrategie enthält Limitierungen auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie auf Humanstudien.

Umfassende Informationsbeschaffung von Studien

Es ist keine zeitliche Einschränkung vorgesehen. Sollte die Informationsbeschaffung auf Grundlage einer Basis-SÜ erfolgen, wird eine entsprechende zeitliche Einschränkung in Betracht gezogen (siehe Abschnitt 4.1.2.2).

Mit den Suchstrategien werden folgende Publikationstypen ausgeschlossen: Kommentare (MEDLINE) und Editorials (MEDLINE, Embase), da diese i. d. R. keine Studien enthalten [29] sowie Conference Abstract und Conference Review (Embase). Außerdem enthalten die Suchstrategien Limitierungen auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie auf Humanstudien (MEDLINE, Embase). In der Embase Suche werden MEDLINE Datensätze und in der Suche im Cochrane Central Register of Controlled Trials Suche Einträge aus Studienregistern ausgeschlossen.

4.1.2.4 Selektion relevanter Studien aus der umfassenden Informationsbeschaffung

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Datenbanken

Duplikate werden mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogrammes EndNote entfernt. Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer werden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente werden in einem 2. Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Die Rechercheergebnisse aus den folgenden Informationsquellen werden von 2 Personen unabhängig voneinander in Bezug auf ihre Relevanz bewertet:

- Studienregister

Die Rechercheergebnisse aus den darüber hinaus berücksichtigten Informationsquellen werden von 1 Person auf Studien gesichtet. Die identifizierten Studien werden dann auf ihre Relevanz geprüft. Der gesamte Prozess wird anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

4.1.3 Informationsbewertung und -synthese

4.1.3.1 Darstellung der Einzelstudien

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert. Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten patientenrelevanten Endpunkten werden im Bericht beschrieben.

Je Endpunkt wird vorzugsweise der späteste Messzeitpunkt dargestellt.

Die relevanten Ergebnisse werden endpunktspezifisch pro Studie auf ihr jeweiliges Verzerrungspotenzial überprüft. Anschließend werden die Informationen zusammengeführt und analysiert. Wenn möglich werden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die in den Abschnitten 4.1.3.3 bis 4.1.3.5 beschriebenen Verfahren eingesetzt. Für Ergebnisse, die nicht in Metaanalysen einfließen, werden nur dann eigene Berechnungen durchgeführt, wenn dies zur Einschätzung der statistischen Signifikanz notwendig ist.

Ergebnisse fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Personen basieren, das heißt, wenn der Anteil der Personen, die nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, größer als 30 % ist.

Die Ergebnisse werden auch dann nicht in die Nutzenbewertung einbezogen, wenn der Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Personen zwischen den Gruppen größer als 15 Prozentpunkte ist.

4.1.3.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse wird endpunktspezifisch für jede in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie bewertet. Dazu werden insbesondere folgende endpunktübergreifende (A) und endpunktspezifische (B) Kriterien systematisch extrahiert und bewertet:

A: Kriterien für die endpunktübergreifende Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung der Patientin oder des Patienten sowie der behandelnden Person
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

B: Kriterien für die endpunktspezifische Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Verblindung der Endpunktterheber
- Umsetzung des Intention-to-treat (ITT)-Prinzips
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

Für die Ergebnisse randomisierter Studien wird das Verzerrungspotenzial zusammenfassend als niedrig oder hoch eingestuft. Wird bereits hinsichtlich der unter (A) aufgeführten Kriterien ein endpunktübergreifend hohes Verzerrungspotenzial festgestellt, gilt dieses damit für alle

Ergebnisse aller Endpunkte als hoch, unabhängig von der Bewertung endpunktspezifischer Aspekte. Andernfalls finden anschließend die unter (B) genannten Kriterien pro Endpunkt Berücksichtigung.

Im Falle subjektiv erhobener Endpunkte ergibt sich aus einer fehlenden Patientenverblindung bereits ein endpunktspezifisch hohes Verzerrungspotenzial.

4.1.3.3 Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien werden mittels Forest Plots dargestellt. Die Heterogenität zwischen den Studien wird mithilfe des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [30] untersucht. Es wird außerdem untersucht, welche Faktoren eine vorhandene Heterogenität möglicherweise verursachen. Dazu zählen methodische Faktoren (siehe Abschnitt 4.1.3.4) und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren (siehe Abschnitt 4.1.3.5). Falls vorhandene Heterogenität durch solche Faktoren zumindest zum Teil erklärt werden kann, so wird der Studienpool nach diesen Faktoren aufgespaltet und die weiteren Berechnungen erfolgen in den getrennten Studienpools. Bei statistisch nachgewiesener (unerklärter) Heterogenität ist eine gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll und es erfolgt eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse.

In Abhängigkeit von der Anzahl der Studien wird zur Durchführung von Metaanalysen folgendes Standardvorgehen gewählt sofern keine klaren Gründe dagegensprechen:

- 2 Studien: Anwendung des Modells mit festem Effekt, und zwar mithilfe der inversen Varianzmethode bei stetigen Daten bzw. der Mantel-Haenszel-Methode bei binären Daten [31].
- 3 bis 4 Studien: Anwendung des Modells mit zufälligen Effekten, und zwar – für die Effektmaße SMD, Odds Ratio, relatives Risiko und Hazard Ratio – mithilfe einer bayesschen Metaanalyse mit nicht informativen A-Priori-Verteilungen für den Behandlungseffekt und informativen A-Priori-Verteilungen für den Heterogenitätsparameter τ gemäß Lilienthal et al. [32]. Zudem erfolgt ein Abgleich mit einer qualitativen Zusammenfassung der Studienergebnisse. Für sonstige Effektmaße ist projektspezifisch zu entscheiden, ob die Methode nach Knapp-Hartung, eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse oder ein anderes Verfahren anzuwenden ist.
- 5 Studien und mehr: Anwendung des Modells mit zufälligen Effekten, und zwar mithilfe der Knapp-Hartung-Methode. Zunächst werden gepoolte Effekte nach der Methode von Knapp-Hartung – mit und ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur – sowie der Paule-Mandel-Methode zur Schätzung des Heterogenitätsparameters τ [33] und gepoolte Effekte nach der Methode von DerSimonian-Laird berechnet. Es wird geprüft, ob das Konfidenzintervall nach Knapp-Hartung (ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur) schmäler ist als das nach DerSimonian-Laird. In diesem Fall wird die Effektschätzung nach Knapp-Hartung mit Ad-

hoc-Varianzkorrektur, ansonsten ohne Ad-hoc-Varianzkorrektur weiterverwendet. Im Anschluss wird geprüft, ob diese Effektschätzung informativ ist. Als informativ wird die Schätzung dann bezeichnet, falls das Konfidenzintervall (des gemeinsamen Effekts) in der Vereinigung der Konfidenzintervalle der Einzelstudien enthalten ist. In diesem Fall wird diese Effektschätzung (nach Knapp-Hartung) zur finalen Bewertung herangezogen. Ansonsten wird eine gemeinsame Effektschätzung als nicht sinnvoll erachtet und es erfolgt eine qualitative Zusammenfassung der Studienergebnisse.

Bei 4 oder mehr Studien wird hierzu das Prädiktionsintervall im Forest Plot mit dargestellt.

4.1.3.4 Sensitivitätsanalysen

Bestehen Zweifel an der Robustheit von Ergebnissen wegen methodischer Faktoren, die bspw. durch die Wahl bestimmter Cut-off-Werte, Ersetzungsstrategien für fehlende Werte, Erhebungszeitpunkte oder Effektmaße begründet sein können, ist geplant, den Einfluss solcher Faktoren in Sensitivitätsanalysen zu untersuchen. Das Ergebnis solcher Sensitivitätsanalysen kann die Sicherheit der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen beeinflussen. Ein als nicht robust eingestufter Effekt kann z. B. dazu führen, dass nur ein Hinweis auf anstelle eines Belegs für einen (höheren) Nutzen attestiert wird (zur Ableitung von Aussagen zur Beleglage siehe Abschnitt 4.1.3.6).

4.1.3.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen, untersucht. Ziel ist es, mögliche Effektunterschiede zwischen Patientengruppen und Behandlungsspezifika aufzudecken. Für einen Nachweis unterschiedlicher Effekte ist die auf einem Homogenitäts- bzw. Interaktionstest basierende statistische Signifikanz Voraussetzung. In die Untersuchung werden die vorliegenden Ergebnisse aus Regressionsanalysen, die Interaktionsterme beinhalten, und aus Subgruppenanalysen einbezogen. Außerdem erfolgen eigene Analysen in Form von Metaregressionen oder Metaanalysen unter Kategorisierung der Studien bezüglich der möglichen Effektmodifikatoren. Subgruppenanalysen werden nur durchgeführt, falls jede Subgruppe mindestens 10 Personen umfasst und bei binären Daten mindestens 10 Ereignisse in einer der Subgruppen aufgetreten sind. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Geschlecht,
- Alter,
- sozialer Status,
- Art der Angststörung,
- Dauer der Intervention.

Sollten sich aus den verfügbaren Informationen weitere mögliche Effektmodifikatoren ergeben, können diese ebenfalls begründet einbezogen werden.

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt ggf. eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Bspw. kann der Beleg eines (höheren) Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Personen eingeschränkt werden (zur Ableitung von Aussagen zur Beleglage siehe Abschnitt 4.1.3.6).

4.1.3.6 Aussagen zur Beleglage

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens getroffen. Dabei sind 4 Abstufungen der Aussagesicherheit möglich: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser 3 Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der 3 übrigen Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vor“ getroffen.

Die regelhaft abzuleitende Aussagesicherheit ist von den in Tabelle 2 dargestellten Kriterien abhängig. Die qualitative Ergebnissicherheit ist abhängig vom Design der Studie. Ergebnisse randomisierter Studien mit niedrigem Verzerrungspotenzial haben eine hohe, Ergebnisse randomisierter Studien mit hohem Verzerrungspotenzial eine mäßige qualitative Ergebnissicherheit. Ergebnisse nicht randomisierter vergleichender Studien haben eine geringe qualitative Ergebnissicherheit.

Tabelle 2: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit

		Anzahl Studien				
		1 (mit statistisch signifikantem Effekt)	≥ 2			
			gemeinsame Effektschätzung sinnvoll	gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll		
Qualitative Ergebnis- sicherheit		Metaanalyse statistisch signifikant	konkludente Effekte ^a			
			deutlich	mäßig	nein	
hoch	hoch	Hinweis	Beleg	Beleg	Hinweis	–
	mäßig	Anhaltspunkt	Hinweis	Hinweis	Anhaltspunkt	–
	gering	–	Anhaltspunkt	Anhaltspunkt	–	–

a. Unter konkludenten Effekten wird eine Datensituation verstanden, in der es möglich ist, einen Effekt im Sinne der Fragestellung abzuleiten, obwohl eine gemeinsame Effektschätzung nicht sinnvoll möglich ist (siehe Abschnitt 3.1.4 der Allgemeinen Methoden 7.0 [25].

Abschließend erfolgt eine endpunktübergreifende Bewertung des Nutzens. In diese übergreifende Bewertung wird auch die Datenvollständigkeit und die sich daraus möglicherweise ergebende Verzerrung aufgrund von Publication Bias oder Outcome Reporting Bias einbezogen.

4.2 Gesundheitsökonomische Bewertung

4.2.1 Interventionskosten

Zur Bestimmung der Interventionskosten werden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche bestimmt, die jeweils direkt bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention erforderlich sind. Hierbei werden neben der Prüf- und Vergleichsintervention die zusätzlich mit der Anwendung einhergehenden Leistungen berücksichtigt. Sofern die Prüf- oder Vergleichsintervention aus mehreren Leistungen besteht, werden alle Komponenten dargestellt. Für die anfallenden Leistungen werden soweit möglich die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise, z. B. aus der Datenbank der Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA), dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Diagnosis-Related-Groups(DRG)-Katalog oder ähnlich geeignete Aufstellungen aus der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamts angesetzt. Sofern notwendig, werden alternative Vorgehensweisen zur Bestimmung der Interventionskosten transparent dargestellt. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, werden die durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient und Jahr anfallenden Kosten angegeben. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Leistungen sowie Zuzahlungen werden getrennt ausgewiesen.

4.2.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

4.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht

4.2.2.1.1 Studientypen

In die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien werden vergleichende Studien mit einer Aussage zur Kosteneffektivität einbezogen [34], das heißt Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne). Werden diese Studientypen im Rahmen der Recherche nicht identifiziert, erfolgt der Einschluss vergleichender gesundheitsökonomischer Studien mit einer Aussage zu den Kosten der Prüfintervention und Vergleichsintervention, das heißt Kosten-Kosten-Analysen.

4.2.2.1.2 Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

4.2.2.1.3 Gesundheitssystem bzw. geografischer Bezug

Für die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien erfolgt keine Einschränkung auf Studien aus einem bestimmten Gesundheitssystem oder Land.

4.2.2.1.4 Tabellarische Darstellung der Kriterien

In der folgenden Tabelle sind die Kriterien aufgelistet, die die Studien zusätzlich zu den in Tabelle 1 beschriebenen Einschlusskriterien EN1 bis EN3 erfüllen müssen, um für die ökonomische Bewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung

Einschlusskriterien	
EÖ1	Studentyp: vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation (siehe auch Abschnitt 4.2.2.1.1)
EÖ2	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EÖ3	Vollpublikation verfügbar
EÖ: Einschlusskriterien ökonomische Bewertung	

4.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wird eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE
 - Embase
 - HTA Database

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen ThemenCheck-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen (optional)

4.2.2.2.1 Selektion relevanter Publikationen

Die durch die Suche identifizierten Zitate werden durch 1 Person anhand der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 3) selektiert. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

4.2.2.3 Informationsbewertung

Datenextraktion

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Publikationen in standardisierte Tabellen extrahiert.

Bewertung der Berichtsqualität

Die Bewertung der Berichtsqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien orientiert sich an den Kriterien des Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022-Statement) [35].

Bewertung der Übertragbarkeit

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [36].

4.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese

Es werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen. Ergänzend können auch vergleichende gesundheitsökonomische Studien mit Aussagen ausschließlich zu den Kosten der Prüfintervention und Vergleichsintervention betrachtet werden.

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität bzw. der in den Studien berichteten Kosten und die Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren werden im ThemenCheck-Bericht vergleichend beschrieben. Dabei sollen insbesondere auch Aspekte der Qualität der dargestellten Studien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem diskutiert werden. Zu diskutieren ist ebenfalls, welche Auswirkungen sich aus der Verwendung von Endpunkten ergeben, die von der Nutzenbewertung abweichen.

4.3 Ethische Aspekte

4.3.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen

Ethische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber bspw. auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im ThemenCheck-Bericht werden Aussagen zu ethischen Aspekten und Argumenten der zu untersuchenden Technologie berücksichtigt.

4.3.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Informationsbeschaffung erfolgt in einem ersten Schritt eine Orientierung zu möglichen ethisch relevanten Argumenten und Aspekten durch eine Ausarbeitung des Hofmannschen Fragenkatalogs [37]. Anschließend wird eine orientierende Recherche in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien
- interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertreterinnen und -vertretern
- ETHMED (ETHik in der MEDizin / Literaturdatenbank der Universität Göttingen)
- MEDLINE
- LIVIVO (System der ZB Med Köln)
- BELIT (Literaturdatenbank, die vom Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE, Bonn) entwickelt worden ist)

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche ethische Argumente geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich können „reflective thoughts“, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche ethische Argumente und Aspekte, als Informationsquelle genutzt werden [38].

4.3.3 Informationsaufbereitung

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Die Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten erfolgt in Orientierung an den übergeordneten Fragstellungen des vereinfachten Fragenkatalogs von Hofmann [37] und orientiert sich darüber hinaus an einem um spezifische Aspekte von "Emotional Freedom Technique" bei Angst und Panikstörung erweiterten Rahmengerüst für die ethische Bewertung von Public-Health-Maßnahmen von Marckmann [39]. Die Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt.

In der Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten erfolgt eine Auseinandersetzung mit sozialen und moralischen Normen und Werten, die in Beziehung zur Technologie des ThemenCheck-Berichts stehen.

4.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

4.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen

Im ThemenCheck-Bericht werden Argumente bzw. Aspekte berücksichtigt, die Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Aspekten der zu untersuchenden Technologie beinhalten.

Entsprechende Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber bspw. auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

4.4.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte werden orientierende Recherchen durchgeführt.

Die orientierenden Recherchen werden in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien (zum Beispiel Beck-Online oder juris).
- interessenabhängige Informationsquellen, z. B. Websites von Interessenvertretungen

- MEDLINE
- LIVIVO (System der ZB Med Köln)
- Google Scholar
- nationale und regionale Register

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche soziale, rechtliche und / oder organisatorische Argumente geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich können „reflective thoughts“, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche soziale, rechtliche oder organisatorische Argumente, als Informationsquelle genutzt werden [38].

4.4.3 Informationsaufbereitung

Datenextraktion

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im ThemenCheck-Bericht greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (z. B. Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygembra 2016 [40] vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte im ThemenCheck-Bericht beziehen sich zum einen auf den rechtlichen Rahmen, in den die Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode und deren Bewertung eingebettet ist (z. B. Erstattungsstatus), und zum anderen auf die mit der Implementation und Nutzung der Gesundheitstechnologie verbundenen rechtlichen Aspekte (z. B. Patientenautonomie). Unterschieden wird zwischen den technologie- und patientenbezogenen rechtlichen Aspekten.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke 2016 [41] entwickelten Leitfaden zur Identifikation von rechtlichen Aspekten.

Organisatorische Aspekte

Organisatorische Aspekte umfassen die Wechselwirkungen, welche durch eine Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode auf die Organisation der Versorgung entstehen.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Perleth 2014 [42] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden.

4.5 Domänenübergreifende Zusammenführung

Die relevanten Argumentationsstränge und Ergebnisse aller Domänen (Nutzenbewertung, Gesundheitsökonomie, Ethik, Soziales, Recht und Organisation) werden abschließend qualitativ zusammengeführt. Dieser Schritt wird durch eine Diskussionsrunde mit allen Berichterstellerinnen und -stellern, die sich für die Domänen verantwortlich zeichnen, unterstützt.

Für die Zusammenführung der Ergebnisse der Domänen des ThemenCheck-Berichts wird ein logisches Modell in Anlehnung an INTEGRATE-HTA erstellt [43].

5 Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [online]. 2021 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028>.
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F40-F48.html>.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F40.-: Phobische Störungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F40.-.html>.
5. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F41.-: Andere Angststörungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F41.-.html>.
6. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10 F43.-: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen [online]. 2025 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>.
7. Zhou J, Li S, Song Y et al. Global, Regional, and National Trends in the Burden of Anxiety Disorders From 1992 to 2021: An Age-Period-Cohort Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2021. *Depress Anxiety* 2025; 2025: 4178541. <https://dx.doi.org/10.1155/da/4178541>.
8. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt* 2014; 85(1): 77-87. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
9. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt* 2016; 87(1): 88-90. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>.
10. Robert Koch Institut (RKI). Angststörungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2024 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngststoerungenAdministrativePraevalenz/angststoerungenAdministrativePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0.

11. Robert Koch Institut (RKI). Angstsymptome: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2024 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngstsymptomePraevalenz/angstsymptomePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0.
12. In-Albon T. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Angststörungen im Kindes- und Jugendalter [online]. 2022 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/angststoerungen-im-kindes-und-jugendalter?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_105.
13. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50(5-6): 871-878. <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>.
14. Gesundheit.gv.at. - Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Angststörung [online]. 2021 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose.html>.
15. Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Posttraumatische Belastungsstörung (S3 Leitlinie) [online]. 2019 [Zugriff: 22.09.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>.
16. Flint GA, Lammers W, Mitnick DG. Emotional Freedom Techniques: A Safe Treatment Intervention for Many Trauma Based Issues. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2006; 12(1-2): 125-150.
17. Craig G, Fowlie A. Emotional freedom techniques: The manual. Sea Ranch, CA: Gary Craig; 1995.
18. Church D. The EFT Manual, 3rd Edition. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press; 2013.
19. Church D, Stapleton P, Vasudevan A et al. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. Front Psychol 2022; 13: 951451. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.951451>.
20. Church D, Stapleton P, Mollon P et al. Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). Healthcare (Basel) 2018; 6(4). <https://dx.doi.org/10.3390/healthcare6040146>.
21. Church D. Clinical EFT as an Evidence-Based Practice for the Treatment of Psychological and Physiological Conditions. Psychology 2013; 4(8): 645-654.

22. Fachverband Deutscher Heilpraktiker e. V. Emotional Freedom Techniques [online]. [Zugriff: 23.09.2025]. URL: <https://www.heilpraktiker.org/emotional-freedom-techniques>.
23. EFT International. EFT International EFT-Ausbildung und Zertifizierung [online]. 2025 [Zugriff: 25.09.2025]. URL: <https://eftinternational.org/de/eft-germany-switzerland-austria/eft-international-eft-ausbildung-und-zertifizierung/>.
24. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Psychotherapie-Richtlinie [online]. 2024 [Zugriff: 20.10.2025]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>.
25. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 7.0 [online]. 2023 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-7-0.pdf.
26. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline; structure and content of clinical study reports; E3 [online]. 1995 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://database.ich.org/sites/default/files/E3_Guideline.pdf.
27. Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.c869>.
28. Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017; 358: j4008. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
29. Waffenschmidt S, Navarro-Ruan T, Hobson N et al. Development and validation of study filters for identifying controlled non-randomized studies in PubMed and Ovid MEDLINE. Res Synth Methods 2020; 11(5): 617-626. <https://dx.doi.org/10.1002/jrsm.1425>.
30. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR et al. Methods for Meta-Analysis in Medical Research. Chichester: Wiley; 2000.
31. Schulz A, Schürmann C, Skipka G et al. Performing Meta-analyses with Very Few Studies. In: Evangelou V, Veroniki AA (Ed). Meta-Research; Methods and Protocols. New York: Humana; 2022. S. 91-102.
32. Lilenthal J, Sturtz S, Schürmann C et al. Bayesian random-effects meta-analysis with empirical heterogeneity priors for application in health technology assessment with very few studies. Res Synth Methods 2024; 15(2): 275-287. <https://dx.doi.org/10.1002/jrsm.1685>.
33. Veroniki AA, Jackson D, Bender R et al. Methods to calculate uncertainty in the estimated overall effect size from a random-effects meta-analysis. Res Synth Methods 2019; 10(1): 23-43. <https://dx.doi.org/10.1002/jrsm.1319>.
34. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.

35. Husereau D, Drummond M, Augustovski F et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) Statement: Updated Reporting Guidance for Health Economic Evaluations. *Value Health* 2022; 25(1): 3-9.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1351>.
36. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA HTA Adaptation Toolkit & Glossary [online]. 2011 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: https://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2011/01/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011_version_5.pdf.
37. Hofmann B, Droste S, Oortwijn W et al. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. *Int J Technol Assess Health Care* 2014; 30(1): 3-9. <https://dx.doi.org/10.1017/S0266462313000688>.
38. Lysdahl KB, Mozygemb K, Burns J et al. Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: <https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf>.
39. Marckmann G, Schmidt H, Sofaer N et al. Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Front Public Health* 2015; 3: 23.
<https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2015.00023>.
40. Mozygemb K, Hofmann B, Lysdahl KB et al. Guidance to assess socio-cultural aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: <https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf>.
41. Brönneke JB, Hofmann B, Bakke Lysdal K et al. Guidance to assess legal aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: <https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/3.-Guidance-for-assessing-effectiveness-economic-aspects-ethical-aspects-socio-cultural-aspects-and-legal-aspects-in-complex-technologies.pdf>.
42. Perleth M, Gibis B, Velasco Garrido M et al. Organisationsstrukturen und Qualität. In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A et al (Ed). *Health Technology Assessment; Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014. S. 265-279.
43. Wahlster P, Brereton L, Burns J et al. Guidance on the integrated assessment of complex health technologies – The INTEGRATE-HTA Model [online]. 2016 [Zugriff: 29.10.2024]. URL: <https://validatehta.eu/wp-content/uploads/2022/07/2.-Guidance-on-the-integrated-assessment-of-complex-health-technologies-the-INTEGRATE-HTA-model.pdf>.

44. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. J Med Libr Assoc 2006; 94(4): 451-455.

Anhang A Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken (Suche nach systematischen Übersichten)

A.1 MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to September 05, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [44] – High specificity strategy (adaptiert)

#	Searches
1	((("emotional freedom" or "emotional release" or "meridian energy") adj1 technique*) or ((energy or meridian or acupoint or acupressure) adj1 tapping) or "thought field therapy").ti,ab.
2	cochrane database of systematic reviews.jn.
3	(search or MEDLINE or systematic review).tw.
4	(meta analysis or network meta analysis or systematic review).pt.
5	or/2-4
6	5 not (exp animals/ not humans.sh.)
7	and/1,6
8	7 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

A.2 International HTA Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	Mind-Body Therapies[mh]
2	((("emotional freedom" or "emotional release" or "meridian energy") and technique*) or ((energy or meridian or acupoint or acupressure) and tapping) or "thought field therapy")
3	#1 or #2